

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

.....  
Miejscowość, data

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL.....

3. Zaświadczam, że Pacjent ma ubytek słuchu (w uchu lepszym) powyżej 70 decybeli (db),

*(prosimy zaznaczyć odpowiednie pole):*

Tak

Nie

.....  
pieczętka, podpis lekarza specjalisty